N° 20

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES HYDATIQUES

RÉTRO-VÉSICAUX CHEZ L'HOMME

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 6 Janvier 1905

PAR

F. MASMEJEAN

Né à Villefort, le 7 Décembre 1876

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE G. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1905

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . Doyen
TRUC . . . . Assesseur

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻)
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol	GRYNFELTT.
— — ch. du cours, M. Guérin.	
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻)
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC
Hygiène.	BERTIN-SANS

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires :

MM. JAUMES, PAULET (O ✻), E. BERTIN-SANS (✻)

M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.	MM. VALLOIS, agrégé libre.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	RAUZIER, agrégé libre.
Pathologie externe	De ROUVILLE, agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. RAYMOND	MM. ARDIN-DELTEIL
MOITESSIER	VIRES	SOUBEIRAN
de ROUVILLE	VEDEL	GUERIN
PUECH	JEANBRAU	GAGNIERE
GALAVIELLE	POUJOL	GRYNFELTT Ed.

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM TÉDENAT, *président.*	MM. de ROUVILLE, *agrégé.*
CARRIEU, *professeur.*	SOUBEIRAN, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

LE DOCTEUR JOSEPH MASMEJEAN

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

F. MASMEJEAN.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

A MONSIEUR LE DOCTEUR CARRIEU

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

F. MASMEJEAN.

INTRODUCTION

Les kystes hydatiques rétro-vésicaux de l'homme, que nous nous proposons d'étudier dans cette thèse, ne sont pas d'une extrême rareté. Ils viennent par ordre de fréquence après les tumeurs kystiques du foie, du poumon, du cerveau. Ils tirent leur intérêt de la région qu'ils occupent, du retentissement qu'ils exercent sur les différents organes du petit bassin, de la difficulté qu'il y a à déterminer leur point de départ anatomique.

Cette dernière question a donné lieu à des opinions très diverses. Mais elle est définitivement résolue aujourd'hui en faveur d'une origine presque toujours sous-péritonéale et rétro-vésicale.

La symptomatologie de ces kystes n'est pas toujours très nette, mais le plus souvent elle affecte une allure un peu spéciale, permettant d'en poser le diagnostic, et de le faire suivre d'une intervention qui, avec les données actuellement acquises par l'expérience des cas observés, sera des plus profitables au malade.

Notre intention est de rappeler à grands traits l'histoire de ces kystes, d'envisager leur étiologie et pathogénie, leur anatomie pathologique, d'étudier leurs symptômes et leur traitement.

Nous étayons notre étude sur un certain nombre d'observations qui s'ajoutent naturellement à la nôtre.

Avant d'aborder ce travail, qu'il nous soit permis d'adres-

ser à tous nos maîtres, dans les hôpitaux, l'expression de nos remerciements.

Nous adressons l'hommage de notre particulière gratitude à M. le professeur Carrieu, pour la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner pendant la durée de nos études. Nous le remercions de nous avoir initié, avec beaucoup d'autres de nos camarades, à l'art difficile de l'auscultation. Nous nous souviendrons avec fruit, durant notre carrière, des enseignements pratiques puisés dans sa clinique que nous aimions tant fréquenter.

M. le professeur agrégé Soubeyran a bien voulu nous indiquer le sujet de cette thèse. Nous l'en remercions de tout cœur.

Enfin, que M. le professeur Tédenat veuille bien agréer toute notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait aujourd'hui en acceptant la présidence de notre thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES HYDATIQUES

RÉTRO-VÉSICAUX CHEZ L'HOMME

HISTORIQUE

L'histoire des kystes hydatiques rétro-vésicaux de l'homme se confond en partie avec celle des kystes hydatiques du petit bassin.

Le premier travail complet qui ait été fait sur la question, est dû à Charcot. Ce dernier publia en 1852 (1) un long mémoire où il résolut le point litigieux jusque-là, du siège anatomique primordial de ces kystes.

Il conclut en disant que c'est dans le tissu cellulaire sous-péritonéal du petit bassin, que les kystes hydatiques de cette cavité prennent naissance et que chez l'homme ils n'ont pas d'autre siège primitif. Ils se développent entre le rectum et la vessie.

Or, dans les observations antérieures au travail de Charcot, les kystes hydatiques étaient cités comme appartenant à un

(1) Société de biologie, 1re série, t. IV.

organe du petit bassin. La cause de cette confusion était dans les adhérences souvent très intimes, contractées avec les organes voisins.

Les idées de Charcot furent adoptées par tout le monde, et successivement, on vit apparaître plusieurs observations venant s'ajouter aux 12 que relataient Charcot. Ainsi on trouve celle de Perrin, Pize, Budd, Fleckes, Pauls, etc.

En 1867, Dolbeau (1) lut à la Société de médecine de Paris, une « note sur les kystes hydatiques du petit bassin » où nous retrouvons les idées de Charcot. « Chez l'homme, ces tumeurs se développent entre le rectum et la vessie, chez la femme on les trouve entre le rectum et la paroi correspondante du vagin. C'est donc, toujours, la cloison recto-vaginale ou recto-vésicale qui est le siège de ces singulières tumeurs ».

Davaine (2), dont l'autorité sur les questions des hydatides, est incontestée, nous dit : « Les hydatides de la cavité pelvienne se développent ordinairement dans le tissu cellulaire extra-péritonéal, qui revêt les organes contenus dans cette cavité ; chez l'homme, elles n'ont pas d'autre siège primitif ».

En 1880, Bouilly, dans sa thèse sur les tumeurs aiguës et chroniques de l'espace prévésical, fait « une remarque anatomo-pathologique assez curieuse, à savoir la rareté extrême du kyste hydatique à la partie antérieure de la vessie, et leur fréquence relative à sa partie postérieure, entre cet organe et le rectum ».

En 1890, sous l'inspiration de Tillaux, Legrand prétend, à l'encontre des théories de Charcot, que la plupart des kystes naissent dans la paroi même de la vessie.

Mais en 1892, Albarran, dans son livre des « Tumeurs de la vessie », déclare qu'une lecture approfondie de l'observation

---

(1) Gazette des hôpitaux, 1867, p. 278.
(2) Traité des entozoaires, 2me édition, 1897.

apportée par Legrand, n'est pas probante de l'origine intra-vésicale du kyste hydatique décrit. Il conclut que, comme l'avait vu Charcot, ces tumeurs se développent dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, et, plus fréquemment en arrière, entre la vessie et le rectum.

Tuffier, au Congrès de chirurgie de 1891, à propos d'une observation qu'il rapporte, conclut à l'implantation primitive du kyste hydatique dans l'aponévrose prostato-péritonéale.

Walter, dans le traité de chirurgie, article Bassin, reproduit les conclusions du mémoire de Tuffier.

Plus près de nous, les communications de MM. Legueu et Heresco au Congrès d'urologie de 1898, le travail plus récent encore du docteur Furstenberg, dans les annales des maladies des organes génito-urinaires de 1901, où cet auteur assigne l'espace cellulaire para-vésical comme point d'origine unique des kystes hydatiques du petit bassin, complètent l'historique de cette question.

Nous avons négligé volontairement dans ce rapide aperçu tout ce qui n'avait pas trait aux tumeurs rétro-vésicales, étant donné que la question seule des connexions avec la vessie nous intéresse.

ETIOLOGIE. — PATHOGENIE

Les notions générales concernant l'évolution biologique des echinocoques, sont trop bien connues pour qu'il soit besoin de les rappeler ici. Elles s'appliquent aux kystes hydatiques rétro-vésicaux comme aux kystes hydatiques de tout autre région.

C'est par l'intermédiaire des animaux domestiques, et surtout par le chien, que se fait la transmission du tœnia echinocoque à l'homme.

Cette transmission peut être directe, mais elle se fait le plus souvent par les aliments et surtout par les boissons. Il semble que l'âge exerce quelque influence, la maladie s'observant de préférence entre 20 et 50 ans. Cependant, les enfants n'en sont point exempts, bien que chez eux l'affection soit d'une extrême rareté.

Ils coexistent très souvent avec des tumeurs kystiques d'autres organes et en particulier du foie.

Dans quelques observations on voit que le malade se plaint d'avoir subi un traumatisme dans la région. Ce fait a été cité par Danlos.

Au point de vue de leur fréquence, les kystes hydatiques rétro-vésicaux viennent après ceux du foie, du poumon et du cerveau. Ils forment la majeure partie, pour ne pas dire la totalité, des kystes hydatiques du petit bassin chez l'homme.

Quelles sont les voies que suit l'embryon hexacanthe pour arriver dans le tissu cellulaire rétro-vésical et s'y développer ?

Nous ne voyons pour cet effet que deux voies : la voie circulatoire et la voie directe ; les deux sont très vraisemblables et ne s'éliminent point mutuellement.

La voie circulatoire peut expliquer la localisation de l'embryon dans n'importe quel organe ; en effet, après son entrée dans les voies digestives supérieures, il peut devenir libre dans l'estomac et dans les premières portions de l'intestin grêle, et traverser, grâce à ses stipules, la paroi intestinale ; il est repris par les vaisseaux lymphatiques, arrive dans le canal thoracique, dans le cœur droit, passe par les poumons et revient au cœur gauche, d'où il est lancé dans les organes les plus éloignés. Cette théorie du transport par la lymphe et le sang, mise en avant par la plupart des auteurs, pour expliquer le développement des kystes hydatiques dans le cerveau, les muscles, les os, etc., peut également être invoquée pour les kystes rétro-vésicaux (1).

Mais il en est une autre qui, dans le cas particulier, nous paraît tout aussi plausible, Il se peut que les embryons de tænia mis en liberté s'accrochent aux parois de l'ampoule rectale, où ils tendent d'ailleurs à séjourner avec les matières stercorales, et qu'ils pénètrent directement par effraction, par perforation de la paroi intestinale, au sein du tissu cellulaire pré-rectal. Les rapports intimes du rectum avec la vessie expliquent bien avec une semblable hypothèse, pourquoi c'est au voisinage de cette dernière que siègent à leur début, la plupart des kystes hydatiques du petit bassin (2).

---

(1) Dermigny, thèse de Paris

(2) Dermigny, 1894.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les kystes hydatiques rétro-vésicaux coïncident souvent avec des kystes similaires d'autres régions de l'organisme, ainsi qu'on pourra s'en convaincre par la lecture des observations.

Nous ne ferons pas de classification en kystes hydatiques rétro-vésicaux primitifs et secondaires, car nous n'avons en vue que les troubles que peuvent provoquer ces tumeurs, ainsi que le traitement dont elles sont susceptibles, sans pour cela nous inquiéter s'il s'en trouve de pareilles ailleurs ou si elles sont seules derrière la vessie.

Leur volume est variable, depuis la grosseur d'une orange jusqu'à celle d'une grosse tête de fœtus, et même au delà. On en a vu qui remontaient jusqu'au dessus de l'ombilic. Ces kystes volumineux seuls nous intéressent, car au point de vue opératoire, les petits kystes rétro-vésicaux ne provoquent pas de troubles, et sont souvent des trouvailles d'autopsie.

Leur forme est arrondie, leur surface lisse ; leur contenu ne diffère pas de celui des kystes hydatiques des autres régions. Cependant, d'après Lavigne Sainte-Suzanne, les kystes hydatiques du petit bassin, contiendraient plus souvent des vésicules filles que les kystes hydatiques siégeant dans les autres organes. Ils contractent des adhérences toujours assez intimes avec les organes voisins et les compriment : le rectum, par suite de la compression qu'il subit, est le siège d'un

développement exagéré des fibres musculaires, cela pour pouvoir lutter contre l'obstacle qu'il y a au cours des matières fécales. Il essaie cependant de se soustraire à la compression en se déjetant à droite ou à gauche.

La vessie est également comprimée ; ses fibres musculaires s'hypertrophient au niveau de son col. Le péritoine, qui coiffe le kyste, traduit son irritation par son épaississement et des adhérences. Ces adhérences peuvent manquer comme dans le cas de Legrand, opéré par Tillaux. Nous pensons que les kystes jeunes et à contenu limpide en sont exempts. Dans nombre d'observations on est surpris de constater la difficulté et même l'impossibilité du cathétérisme de l'urèthre, en même temps que la déviation de la vessie sur un des côtés. Ce fait est-il dû à la compression de la vessie et à l'aplatissement de l'urèthre ? Cela se voit dans le cas de Morand (1), que nous rapportons plus loin. Le kyste fait saillie dans l'intérieur de la vessie « au point que la surface interne de ce viscère, qui doit être concave, étant comprimée postérieurement faisait convexité en dedans; ce qui avait sans doute fait la résistance remarquée avec la sonde du vivant du sujet ».

Parmi les troubles de compression que peuvent amener ces tumeurs, citons la dilatation des uretères et des reins, qui est mentionnée dans la plupart des observations suivies d'examen anatomo-pathologique.

La distension des uretères s'accompagne des lésions habituelles de la glande rénale ; les bassinets sont dilatés, les reins s'atrophient, au point que la sécrétion s'arrête à peu près complètement ; c'est le cas du malade de l'observation due à Feenwich (2).

---

(1) Observ. de Morand, v. th. Legrand, 1890.
(2) Feenwick. British Medical Journal, 1891.

La situation anatomique de ces kystes est difficile à préciser exactement ; ils sont situés dans l'espace compris entre la vessie et le rectum, refoulant ces organes, chacun de leur côté, suivant leur mode de développement. Mais sont-ils mis dans cet espace cellulaire, ou leur point d'origine est-il dans l'un des organes de la cavité du petit bassin ? En un mot, quel est leur siège anatomique initial ?

La majorité des auteurs s'accorde à les considérer, comme s'étant développés dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Cette opinion est très nettement exprimée en matière de conclusion, dans le mémoire de Charcot : « C'est dans le tissu cellulaire sous-péritonéal du petit bassin, que, suivant nous, les kystes hydatiques de la région pelvienne prennent naissance ; chez l'homme, ils n'ont pas d'autre siège primitif. »

C'est cette opinion que nous voulons appuyer en nous basant sur les auteurs ainsi que sur les faits constatés sur le cadavre : de plus, le mode de pénétration de l'embryon dans cette région, mode que nous croyons le plus fréquent et le plus direct, nous conduira à affirmer notre idée sur ce siège primitif. Ainsi, nous voyons Dolbeau (*Gaz. hôp.*, 15 juillet 1867), qui s'appuie sur une observation, dire : « Chez l'homme, ces tumeurs se développent entre le rectum et la vessie ; chez la femme, on les trouve entre le rectum et la paroi correspondante du vagin ; c'est toujours la cloison recto-vésicale ou recto-vaginale qui est le siège de ces singulières tumeurs. »

Davaine, dans son *Traité des Entozoaires*, s'exprime ainsi : « Les hydatides de la cavité pelvienne se développent ordinairement dans le tissu cellulaire extra-péritonéal, qui revêt les organes contenus dans cette cavité ; chez l'homme, elles n'ont pas d'autre siège primitif. »

Bouilly, dans sa thèse d'agrégation, fait remarquer l'extrême rareté des kystes hydatiques de la région antérieure de la

vessie et leur fréquence relative entre la partie postérieure de cet organe et le rectum.

M. Tuffier (1) est très explicite. Il dit, en effet : « Les kystes hydatiques du petit bassin chez l'homme, se développent dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, et leur siège d'élection est le tissu cellulaire situé immédiatement en avant du rectum, en arrière de la vessie, au-dessus de la prostate, au-dessous du cul-de-sac péritonéal ; pour être plus précis, leur siège d'élection est le tissu cellulaire situé entre les vésicules séminales et le rectum (aponévrose prostato-péritonéale). » Albarran (2) a rangé tous les kystes hydatiques développés derrière la vessie, au voisinage de la prostate, parmi les kystes de la région prostatique. Cette manière de voir paraît défectueuse à M. le docteur Furstenberg, parce que « ces kystes n'ont aucune tendance à envahir la loge prostatique, mais au contraire, ils tendent à remonter et à se mettre en contact avec la paroi vésicale à laquelle ils peuvent adhérer. Parfois même, la paroi vésicale à la suite de ces adhérences, s'amincit tellement, au fur et à mesure du développement du kyste, que celui-ci s'ouvre dans l'intérieur de la vessie ».

M. Legueu, dans son observation, dit de même qu'il a constaté au cours de l'opération que la tumeur s'était tout entière développée en dehors du péritoine ; la paroi adhérait à la face extrieure de la séreuse et ainsi il a pu nettement établir la localisation de la tumeur dans le tissu cellulaire sous-péritonéal qui sépare la vessie du rectum (1)

A ces témoignages d'auteur, basés sur des observations précises, s'ajoute ce point de pathogénie dont nous avons parlé au

---

(1) Congrès de chirurgie, 1891.

(2) Albarran, maladies de la prostate, in traité de chirurgie clinique et opératoire de MM. L. Dentu et Delbet.

(1) Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1901.

chapitre précédent et qui, s'il est exact, corrobore assez nettement, nous semble-t-il, l'origine rétro-vésicale des kystes hydatiques. L'embryon ayant pénétré dans l'organisme par les voies digestives supérieures, arriverait à un moment donné dans le rectum. Là, il perforerait la paroi intestinale et trouvant dans le tissu cellulaire recto-vésical, une région bien pourvue de vaisseaux, il s'y fixerait et s'y développerait.

Ainsi s'expliquerait bien la localisation sous-péritonéale, et la grande fréquence de la présence du parasite dans cette région, par rapport à la statistique des affections similaires des organes mous du petit bassin.

Il y a aussi un rapprochement à faire du fait que les kystes hydatiques du cul-de-sac de Douglas, sont chez la femme les plus communs des kystes hydatiques de la cavité pelvienne.

Le développement de ces tumeurs est très lent. Ells décollent la séreuse, s'en coiffent, la refoulent en haut et en avant. Il en résulte que kyste s'accole intimement aux parois de la vessie, contracte avec cet organe des adhérences si intimes, qu'elles ont fait croire à l'origine intra-vésicale de certains de ces néoplasmes. L'illusion a pu être favorisée par ce fait que le péritoine, très adhérent à la vessie, n'a été dissocié peut-être, qu'au prix de l'arrachement de quelques-unes des fibres musculaires superficielles de cet organe. Dès lors, les observateurs, frappés de la présence de fibres musculaires lisses, aux points de contact de la séreuse avec le kyste, en ont conclu un peu précipitamment à un kyste né dans l'épaisseur même de la vessie.

Mais la condition indispensable pour caractériser un kyste hydatique d'origine intra-vésicale, c'est la présence de fibres musculaires lisses du même type que la musculature vésicale, sur la face interne de ce kyste.

Cette constatation est très rare et nous ne la trouvons que dans le cas de Lesauvage.

Le schéma de Legrand se rapporte bien au cas d'un kyste développé dans l'intérieur de la vessie, mais la lecture attentive de son observation, n'entraîne pas la même conviction.

Quant aux observations qu'il cite, à l'appui de sa thèse, elles se réduisent après analyse, surtout après ce que nous avons dit sur l'intimité des adhérences que font les kystes hydatiques avec la vessie, à n'être que des kystes hydatiques de même variété.

Le cas de Lesauvage nous force à admettre la possibilité de l'origine vésicale des kystes hydatiques du petit bassin, mais ces faits sont exceptionnels et la conclusion pratique qui ressort de toutes ces considérations, c'est que le siège initial des kystes hydatiques du petit bassin est l'espace rétro-vésical.

SYMPTOMES. — MARCHE. — COMPLICATION

« Comme dans toutes les affections rares, dit le docteur Furstenberg, la plus grande difficulté des kystes hydatiques para-vésicaux, c'est d'y penser. » (1)

Le début est, le plus souvent, insidieux. Il n'est pas rare de trouver à l'autopsie des kystes hydatiques rétro-vésicaux n'ayant occasionné aucun trouble fonctionnel dans l'existence de l'individu. Quelquefois aussi, c'est un médecin qui, examinant un malade pour une cause quelconque, découvre dans l'hypogastre une tumeur, ayant tous les caractères d'un kyste hydatique rétro-vésical. Le fait s'est produit notamment pour le malade qui fait l'objet de notre observation. Entré et opéré pour appendicite, notre maître, le professeur agrégé Soubeyran, lui découvrit dans le petit bassin une tumeur qui n'était autre qu'un kyste hydatique rétro-vésical.

«Les symptômes qui attirent ordinairement l'attention du malade, dit le docteur Furstenberg, sont les troubles de la miction : la fréquence et la difficulté de la miction et parfois même la rétention complète d'urine ; moins constants sont au commencement, les troubles du côté du rectum, comme la difficulté de la défécation et la constipation. » Dans d'au-

---

(1) Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1901.

tres cas, la douleur est le phénomène initial, douleur vésicale résultant, soit de l'irritation, soit plus fréquemment de la compression du réservoir urinaire.

Enfin, ce qui attire le plus souvent l'attention du malade, c'est une sensation de pesanteur dans le périnée, une gêne dans le bas-ventre, où il constate alors la présence d'une tumeur. Cette tumeur est arrondie, de consistance ferme, uniformément lisse, mate, non douloureuse à la pression, très peu mobile, car les adhérences sont vite contractées. Elle est parfois fluctuante, le plus souvent rénitente.

Le toucher rectal montre que le cul-de-sac recto-vésical est distendu. On sent la même tumeur arrondie et lisse, faire saillie dans le rectum. En combinant le palper au toucher, on sent que l'impulsion du doigt rectal se transmet à la main abdominale.

En présence des troubles de la miction, on peut penser à une vessie distendue. Le cathétérisme lève alors les doutes. Il fait constater soit la présence d'un obstacle dans la région prostatique comme dans la seconde observation du docteur Furstenberg, soit une déviation du col de la vessie, comme dans sa première observation.

Ces deux phénomènes s'expliquent, dit le docteur Furstenberg, par le déplacement ou la simple compression que subit le col de la vessie.

Mais si le cathétérisme ne peut se faire, le diagnostic peut devenir difficile. S'il y a deux tumeurs dans l'hypogastre, on en conclut qu'à côté de la vessie, il y a une autre tumeur. Si la tumeur est unique, il faut faire la ponction du côté de la partie la plus déclive de la tumeur, c'est-à-dire du côté du rectum. Cette ponction donne issue au liquide caractéristique des kystes hydatiques, et le cathétérisme devient pos-

sible. Un pareil cas se présente dans l'observation de Fairbank (1).

Le plus souvent, le diagnostic est possible à faire d'après les symptômes que nous avons déjà indiqués plus haut. La ponction est rarement nécessaire.

Il est un signe pathognomonique qui, lorsqu'il existe permet de faire un diagnostic indiscutable. C'est le frémissement hydatique. Mais on le perçoit rarement. D'ailleurs il est subordonné à certaines conditions qui sont rarement réalisées, à savoir : la présence des vésicules filles dans la poche mère, sans interruption du liquide.

Cependant, dans plusieurs observations, notamment dans celle de Legrand, le frémissement hydatique est le seul signe qui guide le chirurgien. Pour le percevoir, la méthode de Davaine est excellente : percussion avec le médius, deux autres doigts de la même main comprimant la paroi. On peut le produire encore en associant la palpation abdominale au toucher rectal.

Par suite de la progression de la tumeur, tous ces symptômes s'accentuent. La constipation augmente, la douleur devient plus vive. L'élimination d'urine peut être troublée de façons différentes : il existe de la pollakiurie ou de la rétention d'urine. Dans presque toutes les observations avec autopsie, on constate la dilatation des uretères et des reins.

Si le kyste grossit trop, il devient le siège d'une tension excessive qui peut, surtout à la suite d'un traumatisme, se terminer par la rupture.

Celle-ci peut se faire dans le péritoine. Elle a amené la mort par péritonite dans les observations de Hern et de Zichy-Woisnarsky.

---

(1) Fairbank, société clinique de Londres, in Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1890.

La rupture peut se produire aussi dans la vessie.

Nous en connaissons 6 cas que nous rapportons à la fin de ce travail. Cet accident se révèle le plus souvent par la présence des hydatides dans l'urine. Ainsi on trouve ce symptôme noté dans les observations de Fairbank et d'Albert. Au moment de la rupture, le malade éprouve une vive douleur comme dans l'observation VIII, du docteur Furstenberg, ou il se produit une hémorragie vésicale contenant des hydatides comme dans l'observation IX.

Elle peut se faire au dehors (cas de Sibille). L'ouverture dans le rectum, observation de Brun, se traduit par l'apparition des hydatides dans les selles.

« En somme, dit le docteur Furstenberg, on peut dire que si l'ouverture dans la cavité péritonéale, présente un accident extrêmement grave, il n'en est pas de même quand cette ouverture se fait ailleurs : vessie, rectum, ou au dehors à travers la peau (observation de Sibille). Le plus souvent, il s'ensuit un soulagement pour le malade, parce que le kyste se vidant en partie de son contenu, les phénomènes de compression cessent, et avec eux tous les troubles fonctionnels qui en sont la conséquence. »

Mais il n'en est pas toujours ainsi, témoin les 2 observations rapportées par cet auteur : dans l'une d'elles, on voit les symptômes douloureux apparaître après la rupture. Dans l'autre, il se produit une hémorragie extrêmement grave.

Enfin, peut se produire la mort du kyste et sa suppuration ; elle est annoncée par l'élévation de la température, la fréquence du pouls, les troubles digestifs.

Si l'évolution est lente, la fièvre prend les caractères de la fièvre hectique, le malade maigrit et meurt de cachexie. La suppuration du kyste, en rendant les parois très friables, favorisera la rupture. Cette rupture peut être suivie de périto-

nite aiguë et généralisée comme dans le cas de Pize, à moins que, antérieurement, des adhérences protectrices ne limitent l'issue de pus dans la séreuse. Mais ces adhérences ne jouent pas toujours ce rôle protecteur, car nous les voyons dans le cas de Lesauvage, étrangler l'intestin, sous forme de brides et amener la mort par obstruction aiguë.

PRONOSTIC. — DIAGNOSTIC

Le pronostic du kyste rétro-vésical doit être réservé, en raison des complications possibles de cette affection. Sa gravité est due à son caractère insidieux, qui empêche le malade d'être prévenu de son mal. De plus, le kyste peut abandonner son caractère bénin en un temps très court. Cependant, en le subordonnant à l'action chirurgicale, ce pronostic est rendu de beaucoup meilleur.

Le diagnostic se fera par l'ensemble des symptômes que nous avons indiqués plus haut.

Ne pas trop compter sur le frémissement hydatique, que l'on perçoit rarement. La ponction exploratrice elle-même ne donnera pas toujours de résultat, ainsi que cela s'est vu dans l'observation de Legrand. Il n'en faudra pas déduire l'absence de kyste hydatique.

Chez l'homme, l'erreur la plus fréquente est, lorsqu'il existe de la rétention, de prendre le kyste pour une vessie distendue.

Le cathétérisme lèvera les doutes. C'est lorsqu'il ne sera pas possible, pour les raisons exposées plus haut, qu'on pourra faire la ponction.

La marche rapide, la douleur, la cachexie précoce, différencieront les kystes hydatiques des tumeurs malignes. Les ostéo-sarcomes, les carcinômes, les chondromes à forme kystique sont des tumeurs inégales, fluctuantes par places, adhé-

rentes aux os, étant le siège de pulsations expansives et de bruit de souffle.

Les tumeurs bénignes intra-pelviennes seront plus difficiles à diagnostiquer par suite de la similitude d'évolution ; dans ce cas, après avoir épuisé tous les moyens, on aurait recours à la laparotomie exploratrice, qui dans le cas serait aussi la première partie du traitement.

En résumé, le diagnostic des kystes hydatiques rétro-vésicaux, n'est pas aisé, mais cependant il peut être fait chez l'homme dans la grande majorité des cas.

TRAITEMENT

La thérapeutique de ces tumeurs a subi elle aussi l'influence du temps. Nous signalerons seulement à titre de curiosité le traitement par les médicaments internes tels que le mercure et la thérébentine.

« Le traitement doit être chirurgical et largement chirurgical, dit le docteur Furstenberg, c'est-à-dire que ce n'est plus à une ponction simple ou à une ponction aspiratrice qu'il faut recourir, mais à une ouverture large du kyste pouvant seule amener une guérison radicale. »

Cette ouverture peut être pratiquée par la voie abdominale ou par la voie périnéale.

A ce sujet, nous trouvons chez les auteurs une grande divergence d'opinions. M. Albarran, dans son *Traité des tumeurs de la vessie*, s'exprime ainsi (il s'agit d'un kyste rétro-vésical que M. Segond opéra par le périnée) : « La voie opératoire suivie par M. Segond, est évidemment celle qui devra s'imposer pour un grand nombre de ces cas ; l'opération est en effet d'une très grande simplicité, et le drainage se fait par le point le plus déclive ».

Dans sa communication au Congrès de chirurgie de 1891, M. Tuffier dit : « La meilleure voie d'attaque me paraît être l'hypogastre. En effet, l'incision rectale est dangereuse à cause de l'infection possible. La voie périnéale est dangereuse par ce fait qu'il est difficile d'éviter le canal déférent et l'uretère ».

F. Villar, au Congrès de chirurgie de 1893, rapporte une observation de kyste rétro-vésical, qu'il a traité et guéri par laparotomie et suture de la poche à la paroi abdominale.

« Ces kystes, dit-il, se développant dans le tissu cellulaire rétro-vésical, se trouvent bridés par le plancher pelvien, et ne peuvent se développer que du côté de l'abdomen en repoussant la vessie en avant. Il faut donc les attaquer par l'incision sus-pubienne puisqu'ils s'avancent d'eux-mêmes vers la paroi abdominale antérieure.

» D'ailleurs, le cas de Tuffier, celui de Smith, communiqués à la Société de chirurgie, un cas du professeur Desmons et celui que j'apporte, démontrent que ces kystes hydatiques rétro-vésicaux guérissent bien, lorsqu'on les traite par l'incision abdominale et suture de la poche à la paroi. »

Jonnesco, de Bucharest, fit une communication à la Société de chirurgie de 1898, sur un mode de traitement des kystes hydatiques qu'il avait vu employer souvent dans le service de Bobroff : « Le kyste est ouvert, vidé de son contenu, puis la membrane mère soigneusement extirpée ; après quoi, on ferme la poche et l'abdomen ». Il s'agissait de kystes du foie.

La méthode est-elle applicable aux kystes hydatiques rétro-vésicaux ? M. Tuffier l'a essayé pour un cas de ce genre. La membrane mère ne fut pas extirpée mais soigneusement grattée et mise au contact d'un antiseptique puissant. La guérison opératoire fut complète.

On ne peut juger définitivement cette méthode d'après un seul exemple, mais elle mérite d'être approfondie.

Enfin, citons l'opinion du docteur Furstenberg : « Pour les kystes de grande dimension remontant haut dans la cavité abdominale, la voie abdominale doit être préférée. La laparotomie donne beaucoup plus de jour et permet d'attaquer directement le kyste. La marsupialisation est la règle. Pour les kystes de petite dimension, difficilement accessibles du côté

de l'abdomen, il reste la voie périnéale, et c'est la taille prérectale avec le drainage consécutif qu'il faut faire.

» Quand le kyste s'est ouvert, quel qu'en soit l'endroit, si l'ouverture a soulagé le malade, attendre. Si le soulagement persiste, ne pas intervenir. Si le soulagement est passager et nul, et surtout si l'ouverture du kyste a encore aggravé l'état du malade, il faut intervenir : laparatomie ou taille prérectale, suivant les indications exposées plus haut. »

Citons, en terminant, le procédé de Dévé, dirigé contre l'infection hydatide et consistant à injecter dans le kyste avant son ouverture, un parasitide. Dévé se sert d'une solution de formol à 1 gr. pour 200. Cette susbtance tue les hydatides dans le kyste et prévient ainsi les greffes post-opératoires dans le péritoine.

OBSERVATIONS

Observation Première

(Communiquée par M. le Professeur agrégé Soubeiran)

L... Antoine, d'Arles, âgé de 34 ans, employé au P.-L.-M., entre dans le service de M. le professeur Tédenat, suppléé par M. le professeur agrégé Soubeyran (salle Bouisson, n° 10), le 26 juillet 1904.

Le malade se plaint d'une douleur dans la fosse iliaque droite.

Rien dans ses antécédents soit héréditaires soit personnels.

Le malade affirme n'avoir jamais eu de chien chez lui. En outre, chose remarquable, il n'a jamais présenté de troubles urinaires.

Depuis environ deux ans, le malade ressent de vagues douleurs au niveau du bas-ventre. Pas de localisations au point de Mac-Burney. Jamais de vomissements. Constipation habituelle.

Le 28 juin 1904, sans avoir commis d'excès et sans fatigue préalable, brutalement, comme un coup de couteau, le malade ressent une douleur vive dans la région appendiculaire, à 7 heures du matin exactement. Il peut à peine marcher. 10 minutes après, vomissements peu abondants, grisâtres. Deux heures plus tard, nouvelle crise douloureuse, suivie de syncope passagère avec nouveaux vomissements. Un médecin

consulté ordonne une purge. Depuis ce moment, cessation complète des crises. Une douleur vague dans la région appendiculaire, persiste seule. On prescrit des frictions à la pommade mercurielle belladonée.

Inquiété par la possibilité de nouvelles crises, et conseillé par son médecin, le malade entre le 26 juillet 1904 dans le service de M. le professeur Tédenat.

Homme bien constitué. A l'examen de l'abdomen, on ne trouve pas de douleur spontanée. Le malade accuse un peu de sensibilité à la pression, au point de Mac-Burney. On sent un peu au-dessous de ce point, dans la fosse iliaque droite, une tuméfaction allongée verticalement, cylindrique, un peu plus grosse que le pouce. On pense à un appendice en voie de refroidissement, avec peut-être une tumeur du petit bassin.

Le 4 août on opère le malade. Après anesthésie préalable au mélange éther-chloroformique, M. le professeur agrégé Soubeyran pratique une incision de Roux. Après diérèse des plans musculaires, le péritoine est incisé et repéré.

L'appendice est facilement trouvé un peu augmenté de volume et adhérent sur tout son parcours, au péritoine de la fosse iliaque. Il est très nettement descendant, s'enfonce dans le petit bassin et il est impossible d'atteindre avec le doigt son extrémité. De plus, cette extrémité, qui descend en avant du rectum, adhère au rectum et à la tumeur kystique dont nous allons parler.

L'appendice est réséqué et son extrémité, inabordable au doigt, est abandonnée dans le petit bassin. On touche le moignon au thermo-cautère et on l'enfouit. Cette première partie de l'intervention pratiquée, on trouve dans la fosse iliaque droite une petite tumeur du volume d'un œuf de poule, dure, blanchâtre, ressemblant à s'y méprendre à un ganglion caséifié. Cette tumeur est recouverte par le péritoine, qui se continue sur la vessie. On incise le péritoine et on cherche à

séparer la tumeur de la vessie, ce qu'il est absolument impossible de faire, à cause de son adhérence intime avec cet organe. Sous l'influence des efforts d'extirpation, la tumeur, très adhérente et fragile, se crève et des matières pseudo-sébacées en sortent.

On pratique alors plus profondément l'exploration avec la main, et on s'aperçoit que cette tumeur se continue dans la profondeur de l'excavation du petit bassin, en avant du rectum, qu'elle déborde à droite, en arrière de la vessie, paraissant adhérer intimement avec cette dernière.

A l'expression, il s'en échappe un liquide abondant, légèrement trouble.

Après résection de la partie supérieure de la poche, les bords en sont marsupialisés ; puis, un drain très long est enfoncé dans la cavité, dont la hauteur mesure de 15 à 18 centimètres. De plus, un aide introduit son doigt dans le rectum, et il sent très bien au niveau de la prostate, le drain qui butte contre la paroi de la poche. Suture de la paroi, à deux plans, et fixation du drain. On était en présence d'un kyste rétro-vésical, peut-être hydatique.

5 août. — Quelques vomissements chloroformiques, ventre souple, pouls 90, température 37°3.

7 août. — Premier pansement. La plaie va très bien, un liquide louche citrin s'écoule par le drain assez peu abondant. Pouls 90, température 37°2.

10 août. — En faisant le pansement, on aperçoit entre l'ouverture de la poche et le drain une vésicule hydatique, flasque, paraissant morte, du volume d'une noix. Une dizaine de calibres différents sortent aussi. Il s'agissait donc d'un kyste hydatique.

14 août. — Les fils sont enlevés. Réunion par première intention. Le kyste suppure beaucoup, et quelques vésicules mortes s'extériorisent. Bon état général. L'appétit et les sel-

les sont parfaits. La température est de 37° pouls 80.

20 août. — A une heure du matin, le malade sent un violent point de côté au niveau de l'épine de l'omoplate droite.

Température 38°, crachats sanglants, fibrineux. Matité et exagération des vibrations dans la région moyenne du poumon droit. On diagnostique une congestion pulmonaire et on donne une potion à l'ipéca. La plaie est en parfait état.

22 août. — On retire le drain et on bourre le trajet à la gaze iodoformée.

29 août. — Deux vésicules s'éliminent encore. La congestion pulmonaire est complètement guérie.

Le 10 septembre, le malade sort guéri. Son état général est parfait. La cicatrice très solide. Pendant sa convalescence, le sujet a présenté des fonctions urinaires et digestives très régulières.

Observation II

Legueu. — Kyste hydatique rétro-vésical

Résumé

M. Legueu, de Paris, rapporte l'observation d'un malade de 24 ans, qu'il a opéré pour un kyste hydatique sous-péritonéal et rétro-vésical.

Cliniquement, la tumeur formait une saillie au-dessus du pubis, et occupait, transversalement, toute la largeur du petit bassin ; par le toucher rectal, on constatait qu'elle occupait le cul-de-sac rétro-vésical. Quant à la vessie, elle était refoulée au-dessus du pubis, dans la région inguinale, où elle formait une poche arrondie, indépendante.

M. Legueu reconnut à l'ouverture du ventre, que le kyste était développé au-dessous de la séreuse ; celle-ci était absolument intacte. Il referma le péritoine, puis ouvrit la poche, et,

après l'avoir vidée, en réséqua une partie et marsupialisa le reste.

Le malade sortit guéri, au bout de six semaines.

Observation III

(Tuffier. — In Thèse Gallen, Paris, 1898)

L. Aristide, 36 ans, entré à la Pitié le 8 novembre 1898.

Depuis l'âge de 14 à 15 ans, il a toujours eu des besoins d'uriner fréquents. Il se levait plusieurs fois la nuit ; mais en dehors de cette pollakiurie, il n'avait jamais remarqué rien d'anormal avant ces derniers temps. Il y a six mois environ qu'il sent dans le bas-ventre, au-dessus de la symphyse, une tumeur ; c'est depuis cette époque aussi qu'il a commencé à souffrir de douleurs survenant par crises. Ces dernières se produisent tous les quinze jours, toutes les trois semaines. Elles sont très vives.

Le malade entre à l'hôpital.

Il est bien constitué ; pas de démangeaisons ni d'urticaire. Pendant l'expiration principalement, la vue constate au-dessus du pubis, une légère voussure, remontant à environ un travers de main et s'étendant, dans le sens transversal, jusque vers le milieu des aines.

La percussion à ce niveau donne une matité absolue. Elle n'est pas douloureuse.

A la palpation, qui est également indolore, on sent une tumeur arrondie, absolument régulière, de consistance ferme, immobile, dépassant la symphyse de quatre travers de doigt, et atteignant, de chaque côté, le milieu du pli de l'aîne.

Cette tumeur n'est pas fermée par la vessie ainsi que le montre le cathétérisme. On sent cette dernière après évacuation,

sous forme d'un petit gâteau, allongée verticalement et légèrement déplaçable à droite ou à gauche.

Par le toucher rectal, on sent, bombant fortement sous le rectum, par sa paroi antérieure, une tumeur arrondie, lisse, régulière, très fluctuante, assez douloureuse, non mobilisable, qui, comme le montre nettement le palper bi-manuel, n'est autre chose que le pôle inférieur d'une tumeur ovoïde, à grand axe vertical, à contenu liquide, dont le pôle supérieur est l'hypogastre. En explorant attentivement, avec le doigt, la tumeur du côté du rectum, on voit qu'elle est située entre les vésicules séminales, au-dessus de la prostate.

On perçoit très nettement, à plusieurs reprises, le frémissement hydatique par la palpation abdominale, et cette sensation est confirmée par le doigt, introduit dans le rectum.

Ce signe permet à M. Tuffier de porter le diagnostic ferme de kyste hydatique, développé entre le rectum et la vessie et pointant vers la paroi abdominale contre laquelle il écrase la vessie, en refoulant le péritoine en haut.

Opération le 10 novembre. — Incision sous-ombilicale et ouverture du plan musculo-aponévrotique. On tombe sur la face antérieure de la vessie, qui est affaissée, flasque, de couleur rosée, et repoussée en avant par la tumeur, située en arrière. On recherche le bord gauche de la vessie, on le décolle, et on récline tout l'organe à droite ; on a alors en face de soi, la tumeur qui est grisâtre et manifestement fluctuante.

Le péritoine n'est visible en aucun point ; il doit être refoulé en haut et sur les côtés. Un coup de bistouri donné en pleine tumeur, fait jaillir le liquide jaune pâle, absolument limpide et sans odeur (plusieurs verres).

On agrandit l'ouverture et il sort une quantité considérable d'hydatides dont le volume varie de celui d'un pois à celui d'un œuf de poule. Le kyste est complètement évacué de son contenu. M. Tuffier gratte alors avec des compresses aseptiques

la paroi interne du kyste, puis il y fait passer, à plusieurs reprises une solution de sublimé forte, laisse dans la poche la valeur d'un petit verre à liqueur de cette solution, puis il la referme par une ligature en chaîne.

Fermeture de la paroi abdominale en étages (3 étages).

11 novembre. — Température, 38° ; pouls à 130 ; poussées d'urticaire ; insomnie, douleurs qu'on attribue à cet urticaire.

12 novembre. — L'urticaire persiste, mais pas de fièvre. Température, 37°4. Le malade urine en assez grande quantité, mais moins souvent qu'avant l'opération.

14 novembre. — Plus de fièvre, pouls 96. L'opéré se trouve très bien mais se plaint toujours de démangeaisons atroces.

16 novembre. -- Pas de fièvre. Urticaire a disparu ; il existe quelques douleurs abdominales qui précèdent l'envie d'uriner.

21 novembre. — Plus de douleurs. Urines normales, mais mictions fréquentes et peu abondantes.

24 novembre. — Tous les phénomènes antérieurs ont cessé.

26 novembre. — Le malade entre chez lui, sur sa demande, en excellent état de santé.

Observation IV

(Tuffier. — Congrès de chir., 1891)

Lim... Alphonse, 27 ans, galochier, entre à Necker, le 5 novembre 1889, dans le service du professeur Guyon, suppléé par M. Tuffier.

Les accidents dont il se plaint datent de trois ans.

Ce sont des sensations de pesanteur dans la région périnéale, avec fréquence des mictions. Dès cette époque, le jeune homme a eu la sensation d'une boule, d'une tumeur siégeant à ce niveau. Depuis trois mois la tumeur a beaucoup grossi, les mictions sont devenues difficiles et s'accompagnent d'efforts vio-

lents, la constipation n'a jamais été très marquée, les selles sont rubanées. Malgré ces troubles fonctionnels, la santé générale est restée bonne et il y a peu d'amaigrissement.

Jeune homme bien constitué. La région hypogastrique est légèrement saillante de l'ombilic au pubis, comme dans les cas de rétention aiguë d'urine. Derrière la paroi abdominale libre, on sent une tumeur arrondie à grand diamètre vertical, lisse, unie, régulière, indolente, absolument mate, mais fluctuante. Légère mobilité transversale. Par le toucher rectal, on sent une tumeur arrondie, saillante, siégeant immédiatement au-dessus de la base de la prostate. Le toucher combiné au palper permet de la mobiliser légèrement de haut en bas.

Mictions fréquentes, difficiles, urines claires n'ayant jamais contenu de sang, ni de dépôt purulent.

Les différents organes et particulièrement le foie sont indemnes. Toute tentative de cathétérisme de la vessie reste infructueuse. Un explorateur à boule de petit volume, conduit dans le canal, pendant le toucher rectal, disparaît en avant au niveau de la région prostatique ; un instrument métallique ne peut s'engager au même niveau ; mais on sent que pour le faire arriver profondément, il est nécessaire d'abaisser fortement le pavillon.

Ces différents signes nous permettent de localiser la tumeur dans la région rétro-vésicale et la connaissance des observations antérieures me fait porter le diagnostic de kyste hydatique du petit bassin. Je fais trois ponctions sans aucun succès. Ma conviction dans le diagnostic fut légèrement ébranlée ; malgré cela, je résolus d'attaquer le kyste par le bistouri.

Je fis une incision sur l'hypogastre de douze centimètres et trouvai la vessie refoulée derrière le pubis, comme si on avait introduit le ballon de Peterson dans le rectum. En arrière d'elle, je trouve la tumeur qui est grosse comme une tête de fœtus ; je ponctionne, rien ne sort.

J'enfonce alors le bistouri et incise largement ; je retire plus de deux litres d'hydatides. A mesure que la poche se vide, la vessie rentre peu à peu derrière la symphyse pubienne. Je puis alors étudier à loisir les connexions intimes de la cavité du kyste. Elle occupe tout le bassin, elle est intimement adhérente en arrière au rectum, en avant ses connexions sont intimes avec le bas-fond de la vessie ; en bas elle est séparée par un très mince sillon de la base de la prostate ; toute tentative de dissection est impossible.

Le malade guérit sans autre incident qu'une intoxication hydatide très accentuée et quelques accès épileptiformes, chaque fois qu'on détendait la poche pour le lavage.

Observation V

(Congrès de Chirurgie, 1893)

L. Pierre, 35 ans.

La première fois, il y a 8 ans, constate dans la région iliaque droite l'existence de deux tumeurs du volume d'une noix d'abord qui grossissent ensuite, déterminant des crises douloureuses pendant lesquelles le malade s'alite. Envies fréquentes d'uriner, peu d'urine à la fois, sensation de pesanteur dans la vessie.

Il y a quatre ans, nouvelle tumeur dans l'hypocondre droit se développant progressivement et n'ayant provoqué qu'un léger ictère disparu depuis huit jours. Le malade maigrit et s'affaiblit.

Défécation et éjaculation normales : seule, la miction est de plus en plus gênée.

Le Dr Cazeaux ponctionne les tumeurs à deux reprises. La seconde ponction donne issue à des vésicules hydatiques.

Le professeur Villar qui voit le malade la première fois en juin 1892 conclut à l'existence d'un kyste hydatique du foie, du mésentère et d'un kyste rétro-vésical ; il conseille l'opération.

Le malade placé dans le service du Dr Picot subit 7 à 8 ponctions dans le foie, sans résultat, sauf la dernière qui donne issue à deux vésicules. Le 20 juillet le malade passe dans le service du professeur Desmons. Il présente trois tumeurs : une dans l'hypocondre droit, une au-dessus de l'ombilic, la troisième au-dessus du pubis, rappelant la vessie distendue, régulière, rénitente, du volume d'une grosse orange et paraissant assez mobile. Pas de frémissement hydatique ; cependant en pressant celles qui sont situées au centre de la cavité abdominale, on a la sensation d'un frottement spécial.

Le toucher rectal fait sentir une tumeur dure, saillante, qui déprime la paroi rectale antérieure ; les mouvements imprimés à la tumeur sus-pubienne se transmettent au doigt rectal.

Mictions difficiles, état général mauvais, amaigrissement. On opère le 28 juillet 1892. Incision depuis la symphyse jusqu'à deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic. On extrait par cette voie six kystes hydatiques de volume inégal, situés soit dans l'épiploon, soit dans le mésentère.

Le kyste rétro-vésical assez volumineux s'étend à droite sur les vaisseaux iliaques externes dont on le sépare assez facilement ; il est recouvert par le péritoine qui se continue en avant sur la vessie. On incise le péritoine, on cherche à énucléer le kyste qui résiste et se déchire, donnant issue à du liquide qui s'é oule dans la cavité abdominale. Lavage au sublimé.

M. Villar examine les connexions de la tumeur et ayant constaté son adhérence au niveau de la base de la prostate il se contente de la marsupialiser. On trouve aussi un énorme kyste du bord inférieur du foie : marsupialisation, drainage, pansement.

10 août. — On enlève les points de suture, la plaie est cicatrisée par première intention sur l'incision abdominale. Lavage des poches.

1er septembre. — La poche sus-pubienne est complètement fermée ; cicatrisation parfaite. La poche hydatique est considérablement diminuée.

25 septembre. — Le malade sort, reprend son travail et se porte bien.

Observation VI

(Archives de Bordeaux, novembre 1893)

Homme âgé de 37 ans a remarqué à son retour du service une tumeur dans son bas-ventre, du volume d'un gros œuf, ne provoquant d'autres troubles que quelques douleurs passagères.

La tumeur grossissant, il consulte à Saint-Louis le Dr Péan qui fait une ponction à travers la paroi abdominale et retire deux litres de liquide trouble. Le malade est soulagé et la tumeur disparaît.

Bientôt de nouveaux malaises se produisent. Alternatives de diarrhée et de constipation, amaigrissement notable. Dans la région sous-ombilicale, on trouve une tumeur arrondie, lisse, irrégulière, paraissant s'enfoncer dans l'excavation du bassin.

Le toucher rectal découvre à huit centimètres de l'anus et au-dessus de la prostate, une tumeur qui appuie sur la face antérieure du rectum. Cette tumeur est fluctuante et reçoit manifestement la transmission des mouvements que l'on imprime à la tumeur sous-ombilicale.

La tumeur ne se modifie pas par le cathétérisme de la vessie qui se fait facilement.

Le professeur Desmons opère, aidé du Dr Binaud : incision de huit centimètres sur la ligne médiane. Dans la partie inférieure de l'incision, on découvre une tumeur très adhérente aux parties voisines.

En explorant la cavité abdominale on trouve sur l'épiploon une tumeur qui présente les caractères d'un kyste hydatique en voie de régression.

Quant au kyste rétro-vésical, il est très adhérent aux organes voisins, l'extirpation en est impossible.

On fait la marsupialisation de la poche, après avoir vidé la cavité kystique. Deux mois après, la plaie est cicatrisée. Le malade reprend son travail et se porte bien.

Observation VII

(Duplay. Arch. Gén. de Méd. 1887, p. 732)

Un cordonnier âgé de 35 ans, se plaint d'envies fréquentes d'uriner depuis 5 mois. Il y a deux mois, il a remarqué une tumeur dans son ventre, qui grossit progressivement. La pollakiurie augmente, et s'accompagne de douleurs au bout de la verge.

A l'examen, la tumeur remonte jusqu'à l'ombilic et proémine légèrement à droite. Pas d'adhérences à la paroi. Elle est élastique, tendue, et nettement fluctuante. Au toucher rectal on la sent proéminer dans le rectum immédiatement au dessus de la prostate, dont elle semble continuer la base. Le doigt rectal transmet la fluctuation à la main abdominale.

Le cathétérisme n'est possible qu'à l'aide d'une sonde munie d'un mandrin à forte courbure. En injectant du liquide, on voit la vessie former, en avant et à gauche de la tumeur, une nouvelle tumeur aplatie, fluctuante.

On porte le diagnostic de kyste hydatique dans la prostate ou sous le péritoine.

On ponctionne, et on aspire 1 litre et demi d'un liquide eau de roche sans albumine, sans crochet ni éléments figurés. La tumeur s'affaisse. 4 heures après, apparition d'urticaire. Quinze jours plus tard, une nouvelle ponction aspire 600 grammes de liquide louche, contenant des débris de nombreuses hydatides ; pas de crochets ; pas de réaction ni traces d'urticaire. Le liquide ne se reproduit pas. On ne sent plus rien dans l'abdomen ni par le rectum. Le malade sort.

M. Duplay pense que le kyste est né dans le tissu cellulaire rétro-vésical.

Nous groupons ici une série d'observations, remarquables par le fait de l'ouverture du kyste, dans un organe du petit bassin. Nous citons six cas où cette ouverture s'est faite dans la vessie (de l'observation VIII à l'observation XIV) ; un cas où elle s'est faite à la fois dans la vessie et dans le rectum (observation de Brun) ; un cas où elle s'est faite au périnée (observation de Sibille).

Observation VIII

(Dr Furstenberg)

Un homme a ressenti une forte douleur à la fin d'une miction. Après quoi, les mictions sont devenues fréquentes et douloureuses.

A l'examen, on trouve dans l'hypogastre une tumeur simulant la vessie distendue. Le toucher rectal permet également de sentir au-dessus de la prostate une tumeur fluctuante. En faisant le double toucher, on sent la fluctuation se transmettre de l'hypogastre dans le rectum. Le cathétérisme donne issue à 100 grammes d'urine claire, mais la tumeur ne diminue pas dans l'hypogastre.

On fait d'abord une ponction par le rectum. Elle amène 300 grammes de liquide, dans lequel on trouve des crochets d'échinocoque. La tumeur a diminué du côté du rectum, mais augmenté du côté de l'hypogastre.

On fait une laparotomie. On voit la face antérieure de la tumeur qu'on réunit aux bords de l'incision par 8 points de suture de chaque côté, traversant le péritoine et la peau. On incise la tumeur entre les points de suture. Il en sort une grande quantité d'hydatides, grandes et petites. On tamponne la cavité. Les jours suivants, il sort beaucoup d'hydatides, et l'examen du liquide montre qu'il est acide, d'une odeur ammoniacale. On remarque, par la suite, que toute l'urine sort par la plaie. De l'eau boriquée, que l'on injecte dans la vessie, sort par la plaie. On place une sonde à demeure. L'urine continue à sortir quelque temps par la plaie. Puis celle-ci se ferme et bientôt le malade urine librement. Le malade est guéri et reprend ses occupations.

Observation IX

(Dr Furstenberg)

Homme de 30 ans, se plaint depuis six mois de pollakiurie et de rétention d'urine. A l'examen, on constate dans l'hypogastre une tumeur simulant une vessie distendue. Au toucher rectal, on sent une tumeur arrondie, tendue et lisse. La cathétérisme donne 400 grammes d'urine, légèrement teintée de sang à la fin. La tumeur dans l'hypogastre n'a pas diminué après le cathétérisme. Le malade retourne chez lui, mais le jour suivant, il est pris d'une rétention complète d'urine. Un premier médecin n'arrive pas à le sonder. Un second réussit à évacuer une énorme quantité de sang et beaucoup de caillots. L'hématurie continue. On fait alors d'urgence une taille hypo-

gastrique transversale. On trouve dans la vessie ouverte, beaucoup de caillots et d'hydatides. La muqueuse est suturée à la peau et la vessie tamponnée. On découvre une cavité derrière la vessie et communiquant avec elle par un orifice. Le lavage de cette cavité amène une grande quantité de pus et des hydatides. Les jours suivants du pus et des hydatides continuent à sortir de cette cavité. Puis peu à peu l'orifice qui fait communiquer la vessie avec cette poche se ferme. En introduisant l'index de la main gauche dans la vessie et l'index de la main droite dans le rectum, on sent entre eux la paroi vésicale et rien de plus. La plaie vésicale se ferme à son tour.

Entre temps on a constaté une nouvelle tumeur abdominale dans l'hypogastre, mais le malade refuse l'opération et quitte l'hôpital.

Observation X

(Fairbank. — In Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1890.)

Homme, 63 ans. Plusieurs rétentions d'urine, finalement cathétérisme impossible. Ponction par le rectum de la vessie supposée distendue ; donne 130 grammes de liquide opalescent. Le cathétérisme devient immédiatement possible ; on retire beaucoup d'urine foncée.

Six mois après, l'urine contenait des hydatides qui sortaient du kyste paravésical, qui s'était ouvert dans l'intérieur de la vessie.

Observation XI

(M. Albert. — Semaine médicale, 1892, p. 208. Lettres d'Autriche

Jeune homme. Tumeur de la région sus-pubienne que l'on croyait être un myoma de la prostate. M. Albert fait la taille

périnéale, mais n'a pas trouvé de tumeur. Il pratique le cathétérisme qui donna issue à des débris de membranes contenant des crochets d'échinocoques provenant d'un kyste hydatique qui s'était vidé dans la vessie. Quelque temps après, la paroi de ce kyste s'élimina par la plaie et le malade guérit.

Observation XII

(Cas de Tyson. — Semaine médicale, 1892.)

L'observation clinique n'est pas rapportée. A l'autopsie on a trouvé un kyste hydatique qui s'était ouvert dans la vessie laquelle contenait encore douze hydatides.

Observation XIII

(Lesauvage. — In Thèse Legrand, 1890.)

Il s'agit d'un malade de 61 ans qui portait depuis 21 ans plusieurs tumeurs hydatiques dans son ventre. Il a subi plusieurs fois la rétention complète d'urine pour laquelle on lui mettait chaque fois la sonde à demeure pour 15 jours. Le cathéterisme est devenu enfin impossible. On lui a fait la ponction du kyste par le rectum, après quoi le malade a pu uriner. Après quelque temps, le malade est mort présentant tous les symptômes d'une péritonite. A l'autopsie, on a trouvé plusieurs kystes hydatiques du foie et des épiploons et une cavité située en arrière de la vessie et communiquant avec elle par un orifice qui avait près d'un pouce de hauteur. (Il fut bien évident que l'arrière cavité qui répondait à la paroi antérieure du rectum, était formée aux dépens du corps même de la vessie, et les

fibres musculeuses y étaient aussi apparentes qu'en l'intérieur de la cavité principale.)

Cette cavité était un kyste hydatique vidé par la ponction. La cause de la péritonite n'était pas en relation avec l'ouverture du kyste dans la vessie, de telle façon qu'on peut dire que cette complication a passé tout à fait inaperçue.

Observation XIV

(Brun. — Thèse de Paris, 1834.

Kurth, 40 ans, entre le 7 avril 1834 à la Charité. Depuis plusieurs années il avait remarqué une tumeur siégeant dans l'hypogastre, tumeur qui ne lui provoquait aucun inconvénient. Six jours avant son entrée à l'hôpital, il avait été pris d'un état fébrile et la tumeur était devenue douloureuse. A l'examen, la percussion du kyste donna une sensation de frémissement ou de collision de corps élastiques mobiles comme si on frappait sur un ressort élastique.

Le 8 avril, après avoir éprouvé beaucoup de coliques, il alla à la selle et rendit avec beaucoup de pus, une grande quantité d'hydatides ; la tumeur diminua beaucoup et la fièvre tomba. Pendant plusieurs jours le malade rendit beaucoup de membranes.

Il rentra de nouveau à l'hôpital un mois après car la tumeur était réapparue, et il avait les mêmes symptômes fébriles que la première fois. Au bout de deux ou trois jours, il rendit des hydatides par les selles et les accidents cessèrent. Il resta à l'hôpital pour suivre le traitement de la gale dont il était atteint et le 8 juin, après une forte envie d'uriner, il rendit une urine trouble, purulente, mêlée de gaz ; le kyste devint aussi plus douloureux ; jamais jusqu'à cette date les urines n'avaient

été troubles. Peu à peu les urines s'éclaircirent, il n'y eut plus d'évacuation d'hydatides par les selles et le malade sortit en très bon état de l'hôpital.

Observation XV

(Sibille, 1775.)

Homme de 48 ans, atteint d'une rétention complète d'urine fit appeler Sibille. Epreintes, douleurs à la vessie et dans le fondement.

Au moment où Sibille se disposait à le sonder, il poussa un cri perçant accompagné de grands efforts et se plaignit d'une espèce de déchirement à la région inférieure du bassin où il porta la main pour résister, dit-il, à ce qui sortait de dedans en dehors. Une tumeur se forma en cet endroit. Les douleurs cessèrent aussitôt, les urines s'écoulèrent naturellement en abondance et sans peine ; puis la tumeur fut moins saillante.

Quelques heures après elle reparut dans le même état et diminua après que le malade eut uriné.

Sibille pensa à une hernie de la vessie, tenta de réduire et appliqua un bandage. Mais bientôt les téguments qui recouvraient la tumeur se mortifièrent, une ouverture se fit par laquelle Sibille toucha un corps rond blanchâtre, qui proéminait au dehors mais qui était adhérent aux parties voisines.

Il agrandit l'ouverture et vit sortir beaucoup d'hydatides, jamais d'urines par le périnée. Miction normale par l'urèthre depuis l'apparition de la première tumeur. L'ouverture du périnée s'est formée et, quelque temps après la guérison, Sibille sentit encore des hydatides en cet endroit. Le malade n'en étant pas incommodé, s'opposa à une nouvelle incision. Il attribue le principe de cette maladie à un coup violent qu'il

avait reçu à l'âge de 28 ans, dans la région du foie, qui depuis cette époque avait la dureté d'un squirrhe.

Observation XVI

(Thèse Legrand, Paris, 1890)

L. C... entre en 1889 à Tenon, pour des coliques de plomb. Le médecin, en l'examinant, remarque une tumeur volumineuse dans la région hypogastrique ; on lui propose de l'opérer et L. C... qui n'en avait jamais souffert, étant épouvanté de cette perspective, quitta l'hôpital. M. Peter lui avait diagnostiqué un kyste hydatique du foie en 1873.

Le 12 novembre 1889, il rentra à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le professeur Tillaux qui, à première vue, crut avoir affaire à une rétention d'urine avec une distension de la vessie remontant jusqu'à l'ombilic ; le cathéterisme lui montra que la vessie était vide et que la tumeur restait dans le même état.

Se basant sur la marche silencieuse de la tumeur, sur sa fluctuation, sur une légère sensation de frémissement et sur les antécédents du malade, M. Tillaux diagnostiqua un kyste hydatique ayant pour siège la couche celluleuse péritonéale du cul-de-sac recto-vésical. Une ponction avec l'aspirateur Dieulafoy ne donna issue à aucun liquide et M. Tillaux, ne voulant pas aller plus loin, conseilla au malade de rentrer chez lui et de revenir le voir lorsqu'il se sentirait trop incommodé par son affection.

Peu de semaines après, L... C... revenait à l'Hôtel-Dieu, sa tumeur avait augmenté de volume, elle semblait être si nettement fluctuante que M. Tillaux se décida à refaire une ponction : cette fois encore, il ne sortit aucun liquide. Par le toucher rectal, on se rendit compte qu'elle remplissait tout le petit bassin.

Le 15 février 1890, M Tillaux se décida à pratiquer la laparotomie.

Une incision fut faite sur la ligne médiane et on arriva sur le péritoine sans avoir rien rencontré dans l'épaisseur de la paroi abdominale. Le péritoine fut ouvert dans une étendue de 12 centimètres ; introduisant la main dans la cavité abdominale, il fut constaté que la tumeur non pédiculée était adhérente partout au bassin et à tout le plancher pelvien. En face de ces constatations, M. Tillaux pensa à un sarcome encéphaloïde et fut sur le point d'arrêter là l'opération ; mais, pour éclaircir ses doutes, il fit une nouvelle ponction avec la grosse canule de l'aspirateur Potain : rien ne sortit. En retirant la canule, on vit à travers l'orifice qu'elle laissait, sur la tumeur, une sorte de grumeau blanchâtre qui ne pouvait être qu'un fragment de membrane hydatide.

M. Tillaux, alors, fendit la tumeur dans toute la hauteur : il s'en échappa une grande quantité d'hydatides, mais sans une goutte de liquide ; après avoir vidé le kyste, on le lava, et les bords de la poche furent réunis à la paroi et on plaça deux drains dans la cavité.

Le malade n'eut pas un jour de fièvre à la suite de l'opération, et, le 28 mars, il alla en convalescence à l'asile de Vincennes. Le 1er mai, on vit le malade rentrer chez lui ; il se porte bien et sa fistule était en bonne voie de guérison.

Observation XVII

(Richter, 1897)

Autopsie d'un homme portant de nombreux kystes hydatiques, dont un au voisinage de la vessie. Ce kyste ressemblait à un sac à parois très épaisses, volumineux, distendu de façon qu'il ressemblait à la vessie.

A l'incision, il s'en écoula des hydatides. La tumeur était située sous le péritoine, entre cette membrane et l'extrémité supérieure de la vessie.

Observation XVIII

(Lelories. — Académie de Chirurgie, 1779)

G..., charpentier, 40 ans. Après quelques difficultés pour uriner, il eut une rétention totale d'urine : impossibilité de le sonder.

Transporté à l'hôpital de Rochefort, le chirurgien lui fit une ponction au-dessus du pubis. On put alors passer une sonde. Six jours après, nouvelle rétention d'urine. Mort. A l'autopsie, on trouva la vessie soulevée par une tumeur située entre la vessie et le rectum. Cette tumeur, du volume d'un boulet de 12 livres, contenait une sérosité limpide et dix hydatides de la grosseur d'une noix.

Observation XIX

(Hunter, 1792. — In Mém. Charcot)

Dans cette observation, il s'agit de l'autopsie d'un homme mort subitement après avoir présenté pendant plusieurs semaines des troubles du côté de la miction.

A l'autopsie, après avoir vidé la vessie, on découvrit une tumeur volumineuse entre le col de la vessie et le rectum : cette tumeur remplissait le bassin et repoussait la vessie en avant et en haut.

On l'incisa et il s'en écoula un liquide très clair et une grande quantité d'hydatides.

De plus, il y avait des kystes hydatiques dans d'autres organes.

Observation XX

(Quain. — Union médicale, 1860)

W... G..., 9 ans. Porte depuis 4 ans une tuméfaction dans le bas-ventre avec difficulté pour uriner. Tumeur unie, s'étendant du pubis à l'ombilic et inclinée à gauche de la ligne médiane. Par le toucher rectal, on sent une masse arrondie, faisant saillie dans le rectum.

On fit une ponction par le rectum : cette ponction donna issue à un liquide pâle, inodore, contenant des crochets d'échinocoques. Guérison.

Observation XXI

(Dolbeau. — Gazette des hôpitaux, 1867)

H..., 26 ans, limonadier, consulte pour une tumeur qu'il portait à la marge de l'anus du côté droit. Au palper, la fluctuation est très franche. On trouve au toucher rectal le conduit obturé par un relief formé par la tumeur ; le doigt rectal transmettait la fluctuation à l'extérieur.

Le malade avait eu, il y a 6 ans, une blennorrhagie, quatre ans après des difficultés de la miction qui se manifestaient après des excès ; pendant l'intervalle, il avait eu simplement des envies fréquentes d'uriner. Un an avant son entrée, il avait eu une rétention d'urine qui avait duré quarante-huit heures et avait cédé au cathétérisme. Six mois après, il avait constaté l'existence d'une tumeur dans le petit bassin ; les gardes-robes sont pénibles, les selles rubanées, les troubles urinaires ont disparu.

Une sonde introduite alla sans difficulté jusqu'au col de la vessie : à ce niveau, elle dévia brusquement et pénétra ; le pavillon correspondait à la cuisse droite.

La tumeur est étendue, irréductible, mate.

On lui fit une ponction par le rectum avec un brocart ; il en sortit environ 250 grammes de liquide eau de roche ; ce liquide ne se coagule pas par la chaleur et ne décèle pas la présence des crochets.

Immédiatement après, on pratique le cathéterisme et la sonde pénétra cette fois-ci sans que le pavillon subisse aucune inclinaison.

Fièvre. Nausées pendant les jours suivants. On fit alors une large incision : il s'en écoula du pus et le malade expulse ensuite une poche hydatique.

Guérison.

Observation XXII

(Feenwich.— British Medical Journal, 1891)

Feenwick rapporte l'observation d'un malade qui avait été soigné pendant six mois par Debenham, pour des maux de tête tenaces, des vomissements répétés le matin et un amaigrissement progressif ; six jours avant sa mort, on constata une grande irritabilité de la vessie consistant en rétention d'urine. Une vaste tumeur, demi-fluctuante, qu'on sentait par le toucher rectal, remplissait tout le petit bassin : elle était séparée de la prostate, mais elle avait refoulé les vésicules séminales et les canaux déférents en arrière ; la vessic a été refoulée vers le haut et vers la droite.

Un cathéter put être passé, après une longue résistance, au niveau de la prostate, mais la vessie fut trouvée vide. Il était évident que les deux uretères avaient été étranglés à la

surface du grand bassin, par la tumeur ; dans le but de soulager temporairement l'état causé par la rétention d'urine. Feenwick fit une ponction aspiratrice, par le rectum, de la vessie, et retira quelques onces de liquide hydatique.

Les uretères vidèrent immédiatement leur contenu, et deux ou trois onces d'urine furent brusquement évacuées par le cathéter.

Le jour suivant, arriva spontanément la valeur de 30 onces d'urine ; il fut alors décidé qu'une incision sus-pubienne serait faite, et le péritoine relevé à partir de l'extrémité supérieure de la vessie, celle-ci ouverte, évacuée ; mais quelques heures avant l'opération projetée, le malade succomba subitement d'anurie. A l'examen post mortem, on trouva un volumineux kyste hydatique, monoloculaire remplissant le bassin et comprimant les deux uretères ; ces derniers et les bassinets étaient considérablement distendus, et les reins tout à fait atrophiés. Aucun autre kyste hydatique ne fut trouvé. Le cerveau était normal.

Observation XXIII

(Morand. — Mém. de l'Académie royale des Sciences, 1792)

Un soldat, portant dans le bas-ventre plusieurs tumeurs dures, se plaint un beau jour de suppression d'urine.

Le cathétérisme est impossible. On fait une ponction dans la région hypogastrique et on tire deux pintes d'urine. Une incision au périnée faite pour connaître le corps étranger que l'on soupçonnait au col de la vessie, amène cinq hydatides.

Le surlendemain de cette opération, le malade urina copieusement, ce qui ne l'empêcha pas de mourir.

A l'autopsie on découvre une poche très ample, très adhérente à la partie postérieure du fond de la vessie. Cette poche

s'allongeant derrière le col de la vessie, remplissait tellement le bassin de l'hypogastre qu'à peine l'intestin rectum y pouvait trouver place, et les adhérences de ce boyau à la poche étrangère étaient si fortes, que l'intestin s'était déchiré, sans en avoir pu être détaché. A la faveur d'une sonde creuse introduite sans difficulté dans la vessie, on ouvrit cette dernière. On la trouva toute petite, resserrée, garnie à sa surface interne de grosses fibres charnues entrecroisées. La poche attachée derrière le fond de la vessie, fut ouverte à son tour. On la trouva remplie d'hydatides de différentes grosseurs.

Ces hydatides étaient en si grande abondance, que la tunique de la poche était tendue au point « que la surface interne de la vessie qui doit être concave, étant comprimée postérieurement, faisait convexité en dedans, ce qui avait sans doute fait la résistance remarquée avec la sonde, du vivant du sujet. Peut-être même cette partie moyenne du fond de la vessie, avancée en devant, était-elle assez rapprochée de l'urètre pour s'opposer à la sortie de l'urine par la sonde, quoique entrée dans la vessie, parce que cette éminence intérieure, faite par la compression d'une poche ronde, pouvait avoir à ses côtés deux parties caves où l'urine s'étant retirée, se trouvait éloignée des jeux de la sonde qui, elle-même, s'étendait peu au delà de l'ouverture de l'urètre ».

CONCLUSIONS

I. La majorité des kystes hydatiques du petit bassin de l'homme, sont rétro-vésicaux. Il n'existe qu'une seule observation probante de kyste hydatique intra-vésical, c'est celle de Lesauvage.

Ils viennent par ordre de fréquence après les kystes hydatiques, du foie, du poumon, du cerveau.

II. Leur localisation initiale est dans le tissu cellulaire sous-péritonéal situé entre la vessie et le rectum.

III. Leur évolution est toujours insidieuse ; ils contractent des adhérences intimes avec les organes voisins, notamment avec la vessie et provoquent des phénomènes de compression.

IV. Leur pathogénie n'est pas absolument fixée. La voie circulatoire est indéniable. Mais il nous paraît très vraisemblable d'admettre aussi que pour pénétrer dans le tissu sous-péritonéal rétro-vésical, l'embryon hexacanthe traverse directement la paroi du rectum.

V. Leur symptomatologie est assez nette à la période des troubles fonctionnels, pour que le diagnostic en soit possible.

VI. Leur traitement de choix est la laparotomie avec excision de tout ce qui sera possible de la poche et marsupialisation du restant. Mais lorsque le kyste bombera du coté du périnée, il sera préférable de l'aborder par cette voie parce que le drainage se fera plus facilement.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Montpellier, le 30 décembre 1904
Le Recteur,
A. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ
Montpellier, le 30 décembre 1904
Pour le Doyen, l'assesseur délégué,
TRUC.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ALBARRAN. — Tumeurs de la vessie, 1892.
ALBERT. — Semaine médicale, 1892, p. 208. Lettre d'Autriche.
BENOIT. — Thèse de Paris, 1897.
BINAUD. — Arch. clin. Bordeaux, 1893.
BOUILLY. — Thèse d'agrégation. Paris, 1880.
BOULEY. — Soc. anat 1881, p 258.
BRUN. — Thèse Paris, 1834.
CHARCOT. — Mémoire soc. biol., 1852.
DAVAINE — Traité des entozoaires. Paris, 1877.
DEMONS. — Arch. clin. Bordeaux, novembre 1893.
DERMIGNY. — Thèse de Paris, 1894.
DOLBEAU. — Gaz. Hôp., 1867.
DUPLAY. — Arch. génér. de méd., 1867.
GETTEN. — Thèse de Paris, 1898.
HERESCO. — Comm. cong d'urol., 1898.
LABADIE-LAGRAVE ET LEGUEU. — Gynécologie. Paris, 1898
LAVIGNE SAINTE SUZANNE. — Thèse de Bordeaux, 1893.
LEGRAND. — Thèse de Paris. 1890.
LEGUEU. — Communic. cong. d'urolog., 1898.
MORAND. — Mémoires de l'Académie des sciences, 1722.
MORIN. — Thèse de Berne, 1876.
MOUILLE. — Thèse de Paris, 1899.
PERRIN. — Société anat , 1853.
PIZE. — Société anat., 1853
SIBILLE. — Acad chirurg., 1875
TILLAUX. — Soc. chirurg., 1883.
— Soc. chirurg., 1887.
TUFFIER. — Soc. chirurg , 1891.
VILLAR. — Cong. chirurg., 1893.
WALTHER. — Bull. soc. anat., 1880.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !